

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 11 月 1 日至 8 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,303 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：越南。</p> <p>二、就醫原因：感染中度急性細支氣管炎、胃食道逆流等(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：112 年 11 月 1 日至 8 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)9,715 元。</p> <p>五、核定內容： 經專業審查核定，改核 1 次門診，按健保署公告之「112 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,037 元，給付 1 次門診費用 1,037 元，其餘醫療費用不予核退。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>(五) 健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>該署將原案及申請人爭議審議資料再送專業審查，認為雖然爭議審議理由陳述很多，惟只有診斷證明，且只載病名，過於簡略，實難以證明住院之必要性，故同意給付急診 1 次，爰該署依核退上限，補付急診與門診費用差額 2,303 元。</p> <p>三、本件經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「GIAY RA VIEN」、「VAT INVOICE」等就醫資料影本顯示，申請人於 112 年 11 月 1 日至 8 日住院就醫，經診斷為感染中度急性細支氣管炎、胃食道逆流，接受藥物治療，茲查核分述如下：</p> <p>(一) 關於醫療費用 2,303 元部分</p> <p>此部分申請人於 113 年 1 月 5 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署再經專業審查結果，同意改以 1 次急診費用核付，依前揭健保署公告核退上限，急診每次 3,340 元，扣除原已核付 1 次門診費用 1,037 元後，補核退申請人系爭住院醫療費用計 2,303 元</p>

(3,340 元-1,037 元=2,303 元)，並於 113 年 1 月 17 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書補付申請人 1 次急診醫療費用計 2,303 元在案，則此部分申請爭議審議之標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之醫療費用差額 6,375 元(計算式：9,715 元-原核定 1,037 元-補核付 2,303 元=6,375 元)部分

查申請審議理由雖陳稱其病情嚴重需要住院治療，且馬上戴上氧氣面罩幫助呼吸云云，惟申請人所附就醫資料簡略，僅有診斷及治療方法(接受抗生素、抗發炎、PPI、氣管擴張等藥物治療)，無法評估住院之必要性，同意健保署意見給付 1 次急診費用。

四、申請人主張越南鄉下沒有診所，看病需要去醫院，當晚呼吸困難，到院已是晚間 11 點，是急診看病(診斷書有載明)，醫生診斷病情嚴重需要住院治療，且馬上戴上氧氣面罩幫助呼吸，並且擠壓脖子讓痰吐出。其住 2 人房且氧氣面罩戴了 6 天。因返國在即要求出院，可是醫生說需住院再觀察 1 天，因返國日期已定無法再住，醫生囑言回國若沒有較好需要再看醫生云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，本部改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字

第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件申請人系爭 112 年 11 月 1 日至 8 日住院，業經健保署重新核定，同意改以 1 次急診費用核退在案，復經本部委請醫療專家審查結果，認為所附就醫資料無法評估住院之必要性，同意健保署意見，核退 1 次急診費用，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，原核定關於重新核定核退 112 年 11 月 1 日至 8 日住院醫療費用計 2,303 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 113 年 3 月 14 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 55 條第 2 款

「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核

實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。」

四、改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

五、健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告

「依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 112 年 10、11、12 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限： 單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112 年 10 月至 112 年 12 月	1,037	3,340	6,575

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院之服務項目上限辦理。」